

中間市産後ケア事業実績報告書兼請求書 （ 年 月分）

中間市長 宛

事業所名	
住所	
代表者氏名	印
連絡先	

中間市産後ケア事業について、以下のとおり実施しましたので委託料を請求します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

<内訳>

宿泊型	A 住民税課税世帯（軽減）	34,000 円 ×	泊 =	円
	B 住民税課税世帯（一般）	30,600 円 ×	泊 =	円
	C 非課税世帯・生活保護受給者	35,500 円 ×	泊 =	円
	やむを得ない中断（12時間未満）	円 ×	泊 =	円
通所型	A 住民税課税世帯（軽減）	10,000 円 ×	日 =	円
	B 住民税課税世帯（一般）	9,000 円 ×	日 =	円
	C 非課税世帯・生活保護受給者	10,500 円 ×	日 =	円
通所型 （短時間）	A 住民税課税世帯（軽減）	6,000 円 ×	日 =	円
	B 住民税課税世帯（一般）	5,200 円 ×	日 =	円
	C 非課税世帯・生活保護受給者	6,500 円 ×	日 =	円
訪問型	A 住民税課税世帯（軽減）	8,300 円 ×	日 =	円
	B 住民税課税世帯（一般）	7,200 円 ×	日 =	円
	C 非課税世帯・生活保護受給者	8,800 円 ×	日 =	円

【多胎（2人目以降の1人につき）加算】

宿泊型		18,500 円 ×	泊 =	円
通所型		5,500 円 ×	日 =	円
通所型（短時間）		3,300 円 ×	日 =	円
訪問型		4,400 円 ×	日 =	円

※消費税非課税対象（消費税法施行令第14条の3第7号）。

振込口座	金融機関名	銀行・農協 金庫・信用金庫		預金種目	普通・当座
	支店名	本店 支店・支所 出張所	口座番号		
	口座名義 (カタカナ)				

(確認方法)

□ 中間市産後ケア事業実施結果報告書にて確認

検収 \_\_\_\_\_ 年 月 日